Alvarez (F. C.)

FACULTAD DE MEDICINA DE MEXICO.

AMPUTACION

—DEL—

CUELLO UTERINO

Y SU MEJOR PROCEDIMIENTO.

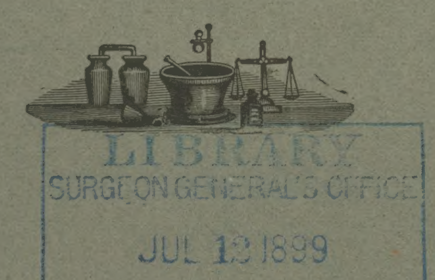
BREVE ESTUDIO

Que para el exámen general de Medicina, Cirugia y Obstetricia presenta al Jurado respectivo

FEDERICO C. ALVAREZ

ALUMNO

de la Escuela Nacional de Medicina, de México, practicante interno del Hospital General de San Andrés y miembro de la "Sociedad Filoiátrica."



MEXICO
TIPOGRAFIA LITERARIA DE FILOMENO MATA,
San Andrés y Betlemitas 8, 9 y esquina.
1886.

Sr. Dr. José M. Bandera.
Presente

FACULTAD DE MEDICINA DE MEXICO

AMPUTACION

—DEL—

CUELLO UTERINO

Y SU MEJOR PROCEDIMIENTO.

BREVE ESTUDIO

Que para el exámen general de Medicina, Cirugía y Obstetricia
presenta al Jurado respectivo

FEDERICO C. ALVAREZ

ALUMNO

de la Escuela Nacional de Medicina, de México,
practicante interno del Hospital General de San Andrés y miembro
de la "Sociedad Filoiátrica."



MEXICO
TIPOGRAFIA LITERARIA DE FILOMENO MATA,
San Andrés y Betlemitas 8, 9 y esquina.

1886

A mis padres

Justo tributo de amor filial.

A MIS SABIOS MAESTROS

ESPECIALMENTE A LOS SEÑORES DOCTORES

D. RAFAEL LUCIO

Y

D. Agustin Andrade,

Admiracion y respeto.

PUBLICA MANIFESTACION DE GRATITUD

AL SEÑOR INGENIERO DON

Jesus Fuentes y Muñiz.

DECIDIDO PROTECTOR

DE LA JUVENTUD ESTUDIOSA.

Al Instituto Literario

DE TOLUCA.

DURANTE mi práctica escolar en el Hospital general de San Andrés, me impresionaron muchos de los procesos morbosos que allí se presentan para su curacion: unos por su frecuencia y otros por su incurabilidad, y es bien sabido que la importancia del estudio de las enfermedades está en razon directa de cualquiera de estos dos puntos de vista que se presente al clínico; pero los que cautivaron y conmovieron en sumo grado mi débil imaginacion, fueron los que tuve oportunidad de observar en la seccion de Cirugía de mujeres, que es á cargo del Dr. A. Andrade.

Muy triste y enternecedor es contemplar á la infeliz mujer, á ese ser de quien recibimos las primeras caricias y las más veces para quien ambicionamos un porvenir risueño, triste es, repito, verla postrada en el lecho del dolor, presa de alguno de esos padecimientos molestos, horribles, repugnantes y asquerosos que la obligan á abandonar el hogar, dejando desamparados á sus idolatrados hijos para ir á refugiarse,

cuando ya no es tiempo, á la tétrica sala de un hospital, donde termina su desesperada existencia. ¡Qué remordimientos para el cirujano que, por ignorancia, temor ó ligereza, deja que la enfermedad siga su marcha desoladora, y deja pasar el tiempo oportuno para una curacion posible! ¡Y cuán inmensa debe ser la satisfaccion del que despues de un estudio concienzudo pone en práctica, sin vacilar, los recursos de la ciencia para arrebatar una víctima á las garras de la muerte, ó para prolongar su vida, devolviendo así la paz y el contento á su atribulada familia!

La observacion diaria de esas desgraciadas mujeres que bajan lentamente al sepulcro enmedio de los más crueles sufrimientos, de otras con padecimientos apénas soportables que impiden las relaciones conyugales, y habiendo palpado el feliz éxito de las que se han operado oportunamente; me impulsaron á escribir estos mal forjados renglones sobre los casos en que está indicada *la amputacion del cuello uterino y su mejor procedimiento*, convencido de que los cuadros clínicos que tanto alarman al inexperto estudiante cuando se inicia en el vasto y escabroso campo de la Medicina, serán puerilidades para el sabio maestro familiarizado á verlos en su larga práctica.

Tratándose de una intervencion quirúrgica, debo decir que ninguna operacion por insignificante que sea, debe practicarse sin estar plenamente justificada, sin equiparar sus resultados, sus ventajas, sus peligros é inconvenientes, en una palabra, sin haber puesto antes en la balanza de la conciencia, la gravedad de la operacion y la del padecimiento. Más aún, no debe operarse por manía, vicio ó complacencia, pues además de gravar sin utilidad al cliente y de poner en peligro la reputacion del cirujano, se presenta como peligrosa una operacion que es inocente cuando se practica con oportunidad, y en las condiciones que marca la ciencia sin desprestigiar la Cirugía. Se consigue esto por el

conocimiento preciso y el estudio minucioso de la anatomía de la region en que se va á operar; por el diagnóstico exacto hasta donde sea posible, de la naturaleza, extension y período de desarrollo del padecimiento; por el exámen atento de las condiciones generales é individuales que tanto influyen para el buen resultado de toda operacion quirúrgica; en suma, por el estudio detenido del enfermo y de la enfermedad.

Para resolver la cuestion que me he propuesto, hasta donde mis exíguos conocimientos lo permitan, comenzaré por dar un ligero resúmen de la anatomía y fisiología del cuello uterino; en seguida, enunciaré las enfermedades que lo afectan, su frecuencia absoluta y relativa, datos que he extraído del Libro de Registros del Dr. A. Andrade, deteniéndome algo más en las que reclaman la amputacion; diré despues algunas palabras de la historia de la operacion y describiré el procedimiento que en mi humilde concepto es mejor; por último, terminaré por deducir del presente estudio las conclusiones importantes que la experiencia haya enseñado. Las observaciones que me sirven de base irán intercaladas segun convenga.

I.

ANATOMIA Y FISIOLOGIA DEL CUELLO UTERINO.

El cuello es la parte inferior y terminal de la matriz, órgano esencial de la gestacion, y está situado en la pequeña pelvis; está dirigido de arriba á abajo, de atrás á adelante y de derecha á izquierda, su eje forma con el del cuerpo un ángulo obtuso de 140° abierto hácia adelante; esta direccion es muy variable por la gran movilidad del cuerpo, que toma diversas posiciones segun el grado de plenitud ó vacuidad del recto y la vejiga, y se puede decir, que en las inclinaciones totales del útero, el cuello toma siempre una direccion opuesta á la del cuerpo; pero en el estado normal, los dos ejes siguen la direccion del eje de la pélvis. Tiene la forma de un cilindro abultado en la parte media, ó más bien, es fusiforme; su tamaño con relacion al cuerpo, varía con la edad y el estado de la mujer: en la recien nacida es mayor que el cuerpo, forma los $^3/_5$ de la longitud total, en las nulíparas un poco más de la mitad y en las uníparas ó pluríparas los $^2/_5$ ó $^1/_3$; en centímetros, el diametro longitudinal tiene 0,^{m}03, el transverso 0,^{m}02 y el ántero-posterior 0,^{m}015. Los medios de fijeza son los mismos que la dan al cuerpo, pero más resistentes al nivel del cuello, sobre todo, los posteriores ó pliegues de Douglas, y los anteriores

ó vesicales. Sus relaciones son: hácia arriba el cuerpo de la matriz, del que está separado exteriormente por un surco, *istmo*, más marcado adelante y á los lados que atràs, y al nivel de este punto se verifican las flexiones del útero; hácia abajo termina en la cavidad vaginal; adelante está en relacion con la vagina y con la pared posterior de la vejiga, separada por una capa de tejido celular; atrás con el peritoneo que desciende hasta la vagina separándolo del recto, y hácia los lados, con tejido celular. Insertándose la vagina en la union de los dos tercios superiores con el inferior del cuello, éste queda dividido en dos porciones, llamadas, supra é intravaginal, midiendo la primera de 0,^{m}018 á 0^{m}020, y la segunda de 0,^{m}010 á 0,^{m}012; la parte intravaginal es la única que se ve y toca por la vagina, tiene en las nulíparas la forma de un cono invertido ofreciendo en el vértice un orificio con sus labios anterior y posterior, llamado *ocico de tenka*, y que tiene 0,^{m}001 ó 0,^{m}002 de diámetro, este orificio se continúa con la cavidad cervical que tambien tiene la forma de un huso y se termina en el orificio interno que mide de 0,^{m}005 á 0,^{m}006, por donde comunica con la cavidad del cuerpo; pero en la edad crítica, de 50 á 60 años queda obliterado. En las pluríparas aumenta el espesor y disminuye la longitud proporcionalmente al número de partos, llegando á veces á borrarse casi completamente; el *ocico de tenka* es más amplio y de su contorno parten cicatrices diversas; podemos decir que en la situacion y tamaño normales, una línea tirada del borde inferior del arco púbico al inferior de la cuarta vértebra sacra, determina la altura de la estremidad inferior del cuello.

La estructura difiere de la del cuerpo, ofrece una capa externa, una interna y otra media; la primera formada por la mucosa de la vagina que se refleja en la porcion intravaginal, y en el resto por los tejidos con que está en relacion; la segunda constituye la

mucosa que tapiza la cavidad; se diferencía de la del cuerpo por su color más blanco, su consistencia más firme y su menor espesor; el epitelio es pavimentoso en el tercio inferior y vibrátil en los dos superiores; numerosas glandulitas en tubo y en racimo se hallan distribuidas en toda su extension y algunas situadas profundamente; sus conductos excretores se obliteran á veces y el producto de secrecion acumulándose en el fondo, lo dilata y constituye así los huevos de *Naboth*; en fin, en la pared anterior y posterior, la mucosa forma un repliegue longitudinal desviado en la parte media, el primero á la derecha, y el segundo á la izquierda, de donde parten multitud de repliegues transversales, formando lo que se designa con el nombre de *árbol de la vida*, ó *lyra*, que se borra con la frecuencia de los partos. La capa media ó tejido propio, está formada de fibras musculares lisas ménos abundantes que el cuerpo, de modo que al cortarla cruje y presenta el aspecto del tejido fibroso; dichas fibras forman dos capas, la superficial de hacecillos oblícuos que se cruzan en la línea media, y la profunda, circular y oblícua forma las salientes que figuran el árbol de la vida.

De las seis arterias que van al útero, sólo nutren al cuello, poco vascular, las dos uterinas; nacidas de las hipogástricas recorren superficialmente los bordes del cuerpo, y al llegar al *istmo* cambian de direccion y forman al rededor de él, un círculo arterial descrito por Huguier, de donde parten ramitos pequeños, rara vez de alguna consideracion, que se ramifican al cuello; las venas son sumamente pequeñas, sin válvulas y se dirigen á los plexos uterinos pampiniformes. Los linfáticos son poco numerosos y terminan en los ganglios pelvianos. La existencia de los nervios ha sido acaloradamente discutida por los sábios; Jobert y otros la niegan; pero la mayoría y entre ellos Hirschfeld, Luschka, Kœrner, Lee, etc., demuestran su exis-

tencia, y vienen de los plexos hipogástrico, ovárico, sacro, renal y mesentérico inferior; pero pocos llegan al *ocico de tenka*, la mayor parte se quedan entre el cuerpo y el cuello, que es el punto más rico en nervios.

Poco se dice de la fisiología de la porcion cervical de la matriz; el Dr. J. Fenelon la considera como un lujo, [1] pero hay autores que le asignan algun papel y no creen que la sábia naturaleza haya hecho cosas superfluas. La pobre inervacion de este órgano hace que su sensibilidad sea obtusa al estado fisiológico, aunque en el patológico puede ser bastante sensible; sus orificios y cavidad se dilatan para dar paso al sémen en el coito y á los líquidos y sólidos que vienen de la cavidad del cuerpo; el orificio interno se ha considerado como un esfinter que se dilata para dar paso al producto de la concepcion, el externo ó vaginal se dilata y produce una especie de aspiracion en el momento del coito, las glándulas secretan un abundante líquido espeso, trasparente, albuminoso, que separa las paredes de la cavidad, formando un tapon que impide la entrada del aire á la cavidad de la matriz, evitando la corrupcion de sus secreciones; durante el coito la secrecion es más abundante y más fluida y Beclard la considera como la eyaculacion en la mujer, que facilita los movimientos de los espermatozoides.

Por lo expuesto se ve, que el cuerpo y el cuello de la matriz son diferentes por su estructura, circulacion y funcionamiento.

1 Gaceta Médica de México, tomo XIII, pág. 6.

II.

ENFERMEDADES QUE AFECTAN AL CUELLO DE LA MATRIZ.

No sin razon se ha dicho, *propter solum úterum, mulier id est quod est*, pues el útero puede considerarse como el centro patològico de la mujer, en donde se localizan la mayor parte de sus enfermedades, y en donde toman orígen multitud de trastornos simpáticos ó reflejos que desorientan al médico más práctico; Vigarous lo ha dicho: "la mayoría de las enfermedades de las mujeres está bajo la influencia de los órganos genitales y sobre todo del útero," y la práctica enseña que muchas de esas afecciones tienen su sitio en el cuello.

Habiendo sido asistidas 1240 enfermas con padecimientos muy distintos, en el departamento de Cirugía de mujeres del hospital de San Andrés, desde Abril de 1877 hasta Noviembre de 1885, 307 traían afecciones uterinas propiamente dichas sin que los anexos ni tejidos circunvecinos estuviesen afectados; es decir, 24,7 por 100; de las que correspondian al cuello 241, el 78,5 por 100; por lo que se ve que más de las tres cuartas partes de los padecimientos uterinos propiamente tales, tienen su sitio en el cuello, y podemos dividirlos con A. Courty, en enfermedades sin neoplasia que comprenden la congestion con todas

las variedades de metritis del cuello, ulcerosas, vegetantes, etc., y en enfermedades con neoplasia, divididas en benignas y malignas. Voy á ocuparme de cada uno de estos grupos, precisando las que reclaman la amputacion.

1°. METRITIS DEL CUELLO.—Son frecuentes: de los 241 casos de padecimientos de esta region, 74, es decir, el 3.7 por 100, forman las metritis, repartidas del modo siguiente: 50 ulcerosas simples, 10 ulcerosas venéreas, 9 catarrales y 5 granulosas. En ninguno de estos casos se recurre á la amputacion como método curativo, salvo algun caso excepcional, como el que refiere el Dr. Francisco Alvarez en su Tésis inaugural, en el que el Dr. J. Fenelon se vió obligado á amputar el cuello por una ulceracion que sangraba demasiado sin poderse contener por ningun otro medio; pero regularmente curan en más ó ménos tiempo con inyecciones astringentes diarias y toques cada seis ó siete dias con tintura de iodo, iodo creosotado, nitrato ácido de mercurio, nitrato de plata (lápiz ó solucion), ácido crómico al ½ por 100, solucion de percloruro de fierro de Pravaz, y sobre todo con iodoformo disuelto en sulfuro de carbono, al que he visto dar magníficos resultados; ó bien tapones con polvo de almidon, subnitrato de bismuto, ácido pirogálico, y glicerina con sulfato de zinc; todos empleados indistintamente segun la rebeldía del caso; muy excepcionalmente se recurre á la raspa y al fuego.

2°. NEOPLASIAS BENIGNAS.—En este grupo se colocan los miofibromas ó pólipos y las impropiamente llamadas hipertrofias, supuesto que no hay aumento de volúmen de los elementos anatómicos, sino verdadera neoformacion de ellos y por consiguiente crecimiento de volúmen del órgano.

Los pólipos del cuello son ménos frecuentes que los del cuerpo de la matriz; de 21 casos que se han observado, 5 correspondían al primero y 16 al segun-

do, próximamente la tercera parte; el término medio de la edad de las enfermas era de 30 años. Como es fácil comprender, tratándose de una neoformacion benigna no hay necesidad de sacrificar los tejidos en que se implanta, supuesto que no hay temor de reproduccion, como lo demuestran las cuatro observaciones de miofibromas del cuello en que se ha operado por medio del constrictor sin accidente ni dificultad alguna; las enfermas salieron sanas y sin señales de que los tumores se reprodujeran. De las cuatro observaciones sólo describiré una para no ser cansado; las otras tres constan en los números 361, 507 y 515 del 1er. Libro de Registros.

Refugio Avila, de 36 años de edad, planchadora, entrò el dia 21 de Junio de 1883 á ocupar la cama número 2 de Cirugía de mujeres en el Hospital de San Andrés.

Examinada por el Dr. A. Andrade se le diagnosticó *fibroma del cuello uterino;* el dia 23, colocada la enferma en posicion tocúrgica y previa cloroformizacion, se procedió á la extirpacion con el constrictor curvo de Chassaignac; mas fué necesario hacer la ablacion completa en dos partes, por no caber el tumor en la asa de dicho instrumento. Examinado el cuello despues de la operacion, se viò que habia quedado intacto; se puso un tapon con solucion de percloruro de fierro de Pravaz, que se le quitó al dia siguiente; despues se le prescribieron inyecciones astringentes, y de sublimado al milésimo; al interior se le recetó salicilato de sosa, sulfato de quinina, tónicos y reconstituyentes para reparar las fuerzas, y el dia 21 de Julio se dió de alta sana. El tumor, de forma discoide, pesaba 300 gramos, y medía $0.^{m}12$ de diámetro y $0.^{m}04$ de espesor. [1]

Muchos años ha que se conoció en la mujer un

1 1er. Libro de Registros, pág. 117, núm. 887.

padecimiento que consistia en que el útero, dejando su sitio normal, descendia á la vagina, á la vulva ó completamente al exterior; en el primer caso se decia que habia abatimiento, descenso en el segundo y precipitacion en el tercero; y en general se le da el nombre de prolapsus uterino. Dicho padecimiento originó al principio errores crasísimos, confundiéndolo con los pólipos, y aun dió lugar á que se considerara como hermafrodita á una hija de Tolosa hasta que Saviard declaró su verdadero sexo; pero apareció el célebre cirujano Huguier y se propuso estudiar y observar todos los casos de prolapsus, presentando en 1859 un importantísimo trabajo sobre las *hipertrofias del cuello uterino*, en el que demuestra que sus antepasados estaban en un error al creer que siempre que el cuello se encontraba abajo de su lugar normal habia relajacion de los ligamentos suspensores del útero y por consiguiente caída de él. Huguier estableció, valiéndose de la histerometría y de otros medios de exploracion, que en la generalidad de los pretendidos prolapsus se encontraba un crecimiento ya en longitud, ó ya en espesor ó en las dos dimensiones á la vez, y el aumento de peso hacia bajar la matriz, y que los casos en que la entraña desciende con sus diámetros normales, eran rarísimos. A estas afecciones las llamó hipertrofias, clasificándolas en supra é infravaginales y totales, segun que el desarrollo se efectuaba arriba ó abajo de la insercion vaginal ó en todo el cuello. La práctica confirma efectivamente los resultados de este sabio, pues de 31 ejemplos que se han presentado en la Sala de Cirugía de mujeres, 6 eran de caída simple de la matriz con su tamaño normal, 10 caída acompañada de hipertrofia más ó ménos desarrollada y 15 de hipertrofia con ligero descenso, como es natural, por exceso de peso; estos últimos repartidos como sigue: 3 supravaginales, 7 infravaginales y cinco de todo el cuello.

Por lo dicho se vé que prolapsus é hipertrofia son padecimientos distintos, y que para salvar á las infelices mujeres del perpetuo martirio á que están condenadas, es indispensable cuando alguna implore los auxilios del médico, hacer un exámen detenido y cuidadoso sin despreciar la histerometría que tan importantes datos suministra para el diagnóstico diferencial, pues es fácil comprender que sólo así se puede evitar el error de los antiguos y de algunos modernos, que por no hacer uso de los métodos de exploracion convenientes, diagnostican prolapsus siempre que el cuello está más ó ménos abajo de lo natural.

Antiguamente el tratamiento de estas enfermedades estaba en armonía con el juicio que de ellas se tenia formado, el paliativo apénas soportable de los pesarios estaba en voga, y si en las caídas simples contenia á la víscera en su lugar, á trueque de las innumerables molestias que ocasionan, en los casos de hipertrofia no se conseguia más que agregar nuevos trastornos à los ya existentes; pues no habiendo lugar en donde alojar el exceso de crecimiento, producian desviaciones de la matriz, inclinaciones ó flexiones en diversos sentidos, resignándose las pacientes á sobrellevar aquel martirio. La cirugía en su evolucion contínua y progresiva, cuenta en la actualidad con mejores recursos para curar radicalmente cada una de esas enfermedades.

Para el prolapsus simple hay, como se sabe, varios procedimientos operatorios: el de Sims, empleado por el Dr. Andrade, ha dado siempre resultados satisfactorios en cinco operaciones que ha practicado en el hospital de S. Andrés. Ultimamente leí en la Tésis del Dr. F. Alvarez un nuevo procedimiento del Dr. J. Fenelon, titulado *Suspension uterina vagino-abdominal*, en el que se creé sustituir la accion de los ligamentos redondos por un cordon cicatricial de cada lado, que va de los fondos vaginales laterales á la

pared abdominal, producidos por la accion del hilo gálvano-cáustico; y si como se manifiesta en dicha Tésis, es poco peligroso y dá brillantes resultados, tal vez sea el mejor modo de curar radicalmente los prolapsus, aunque dicho procedimiento no está todavía aceptado.

Tratándose de las hipertrofias, es fácil convencerse de que el único recurso eficaz consiste en quitar el exceso de crecimiento, ò como dice R. Barnes, "la amputacion del tejido inútil, es el método más radical, más rápido y ménos penoso." Efectivamente, muchas de las enfermas asistidas en la Sala de Cirugía de mujeres, desesperadas del uso de los pesarios y sin esperanza de curar, despues de sufrir la amputacion, han salido sanas y salvas como lo demuestran las observaciones siguientes:

Paula Rodriguez, natural de S. Juan (Estado de Guanajuato), entró el dia 5 de Octubre de 1883 á ocupar la cama número 8 de la Seccion de Cirugía de mujeres en el Hospital de San Andrés.

Esta enferma tiene 38 años de edad, es de constitucion vigorosa y temperamento sanguíneo; de 16 años tomó estado y en el primer año dió á luz una niña; desde entónces le quedó flujo blanco que aparecia de vez en cuando, acompañado de dolores de cintura y muslos; el coito le era molesto y se hacia cada vez más dificultoso. Dejó de concebir por algunos años y últimamente tuvo cinco abortos. Explorada de una manera conveniente se diagnosticó, *hipertrofia infravaginal* del cuello uterino, la histerometría dió $0,^{m}$ 10 de los que correspondian $0,^{m}$ 04 al cuello.

El dia 9 de Octubre, despues de la anestesia clorofórmica, procedió el Dr. Andrade á hacer la *amputacion conoide de Huguier*, $0,^{m}$ 01 abajo de la insercion vaginal, sacando un cono de $0,^{m}$ 03 de longitud con ligera pérdida de sangre. Se introdujo un pedazo de sonda de goma en el canal cervical, se pusieron ocho

puntos de sutura con hilo de plata, se hizo el tapona miento con algodon fenicado y se recomendó el repo so. A los cuatro dias se mudaron los tapones, se le hicieron lavatorios fenicados y se quitaron dos puntos de sutura del centro; al quinto dia se sacó la sonda y los tapones y se quitaron las demás suturas, quedando cicatrizado por primera intencion á los siete dias; la fiebre traumática fué leve (38°). Se le prescribieron inyecciones fenicadas diarias, permaneciendo la enferma varios dias en el hospital hasta que se pudo observar que la menstruacion se verificaba sin dificultad. El dia 25 de Octubre de 1883. estando sana, se dió de alta; el útero medía 0.m 06. [1].

Como el prolapsus y la hipertrofia son causa uno de la otra y vice versa, resulta que van siempre unidos; pues acontece que despues de caída la matriz por laxi tud de sus ligamentos, el cuello queda expuesto á multitud de irritaciones que á la larga acaban por traer la hipertrofia consecutiva; hipertrofia que cuando es incipiente, no impide curar el prolapsus, pero no sucede lo mismo cuando está bastante desarrollada; por que entónces, aunque se consiga reducir la víscera y sostenerla en su lugar, el cuello crecido ocupa más ó ménos la vagina, impidiendo á la paciente cumplir con los deberes conyugales; sucede tambien que por el aumento de peso, fracasa el procedimiento empleado para la curacion del prolapsus. Así es que en los prolapsus acompañados de hipertrofia consecutiva de alguna consideracion, es indispensable para tratar el primero, hacer la amputacion previa del cuello, como se lee en el ejemplo siguiente:

El dia 26 de Junio de 1884 vino á ocupar la cama número 28 del mismo departamento, Clara Palma, natural de Querétaro, de 40 años de edad y de oficio empuntadora.

1 1er. L. Rs. pág. 124 núm. 944.

Esta enferma se casò muy jóven y tuvo cuatro hijos, el último hace diez años, de cuyo parto resultó enferma por haberse parado á trabajar á los cuatro dias de puerperio; notó que le asomaba la matriz por la vulva y se le metía con facilidad, y últimamente ha llegado á ser permanente al exterior, cayendo tan pronto como se reduce. Antes de venir al hospital fué sometida al uso de pesarios que la molestaban para andar, orinar, defecar, y que con muchos sufrimientos pudo soportar un mes quitándoselos en las noches.

Estudiada cuidadosamente se diagnosticó *prolapsus del útero con hipertrofia supravaginal consecutiva*, el histerómetro acusó 0.^{m} 095, de los que correspondian 0.^{m} 035 al cuello. Cloroformada la enferma el 3 de Julio, el Dr. Andrade hizo la *amputàcion conoide de Huguier* á 0.^{m} 005 abajo de los fondos vaginales y sacó un cono de 0.^{m} 03 de altura; se colocó una sonda de goma en el canal, se suturó con hilo de plata y se taponó como en la observacion anterior; pero á consecuencia de diarrea y tos que le sobrevinieron, se rompió la sutura, cicatrizando por segunda intencion: el útero caía sin salir de la vulva.

Curada de las complicaciones, el dia 21 de Agosto se practicó la sutura vaginal por el procedimiento de Sims para curar el prolapsus; el dia 2 de Setiembre, habiendo cicatrizado, pidió su alta voluntariamente, aunque debia permanecer más tiempo en reposo. [1]

He manifestado ántes que la hipertrofia parcial ó total del cuello ocasiona con el tiempo descensos de alguna consideracion, pero entónces "*sublata causa tólitur efecto*," basta hacer la amputacion para curar y corregir todos los accidentes, como se ve en la observacion que sigue:

Diega Montenegro, de 39 años de edad, casada,

1 1er. L. de Rs. pág. 135, núm. 1,013.

natural de Yautepec, ocupó la cama núm. 31 el dia 2 de Diciembre de 1885.

Refiere que hace tres años, á consecuencia de un parto distócico, quedó enferma de la cintura; pasado un año notó que el útero sobresalia de la vulva ocasionándole dolores lumbares è impidiéndole hacer sus ocupaciones; á medida que pasaba tiempo, aquello salia mucho más, y su marido la abandonó tal vez por no poder satisfacer las relaciones sexuales. Despues de un exámen atento, se declaró que tenia *hipertrofia total del cuello uterino complicada de prolapsus consecutivo*, pues los fondos vaginales quedaban al nivel de la vulva; la reduccion era posible, pero el cuello quedaba ocupando la vagina y caía tan pronto como se le abandonaba. El útero medía $0.^{m}$ 11 de longitud, y el *ocico de tenka* entreabierto y ulcerado media 0^{m} 04 de espesor.

Cloroformada la enferma el dia 25 de Diciembre, el Dr. Andrade practicó la *amputacion conoide de Huguier*, sacando un cono tan alto como fué posible; la hemorragia fué algo abundante, se ligaron algunas arteriolas y se cauterizó la superficie sangrante con alcohol fenicado (partes iguales), terminando por el taponamiento con algodon salicilado. Dieta láctea, agua gaseosa, opio y quietud fué lo que se le recomendó despues de la operacion. La fiebre traumática no pasó de 38°, los tapones se mudaron á las setenta y dos horas, y despues á las veinte y cuatro, quedando sometida á dieta láctea, consomé con vino jerez é inyecciones tres veces al dia de sulfato de cobre al milésimo. No tuvo el menor accidente, ha menstruado sin dificultad, el útero no ha vuelto á caer y muy pronto se dará de alta sana para que vuelva tranquila al seno de su familia.

3° NEOPLASIAS MALIGNAS.—La generalidad de los autores definen el cáncer del útero: "*Toda enfermedad caracterizada por esta doble tendencia: á destruir el*

tejido del órgano, á reproducirse en el mismo sitio ó extenderse á los órganos vecinos;" la úlcera roedora, el epitelioma, el cancroide, el encefaloide, el escirro, etc., constituyen los tumores malignos del cuello uterino, comprendidos bajo el nombre general de cáncer (vulgarmente: *llaga en la cadera*), no siendo siempre posible determinar la clasificacion histológica.

Entre los 241 padecimientos localizados en la porcion cervical de la matriz, 131, es decir, el 50,4 por 100, más de la mitad, son padecimientos malignos, y jamás llega á interrumpirse la cadena de las cancerosas uterinas en el departamento de Cirugía de mujeres. Se han presentado en él 163 enfermas con tumores malignos en diversas partes del cuerpo, repartidos por órden de frecuencia de este modo: en el cuello uterino 131, en diversas regiones 20, en las mamilas 10 y en el cuerpo del útero sin que comience por el cuello, 2. Prácticamente queda demostrado que es tal la frecuencia del cáncer cervical del útero, que sólo él es tres veces superior al de todas las demás regiones juntas, ocasionando casi toda la mortalidad de dicha seccion. No respeta edad: el Dr. Andrade refiere haber visto cáncer del útero ántes de la puvertad, y los 131 casos mencionados se encuentran repartidos del modo siguiente: de veinte á treinta años, 11; de treinta á cuarenta, 57; de cuarenta á cincuenta, 43; de cincuenta á sesenta 19, y de ochenta, 1. La edad predilecta en que aparece, es pues de treinta á cuarenta, y de cincuenta á sesenta años; disminuyendo progresiva y rápidamente al acercarse al principio ó al fin de la edad. Respecto á la influencia de la ocupacion ó trabajo de las pacientes y el número de partos, no puedo decir nada por no constar en el Libro de Registros, pero se ha dicho que las mujeres que no tienen hijos tienen tumores.

Nada más natural que preocuparse del modo de combatir á tan mortífera como asquerosa enfermedad;

apénas habrá cuadro más repugnante que el que ofrece una mujer cuya vagina es una cloaca á donde se mezclan las materias fecales, la orina y el ícor canceroso para escurrir constantemente por la vulva desprendiendo un hedor nauseabundo *sui géneris*, que por sí mismo revela el fatal padecimiento que aqueja á la paciente; agréguense á esto los dolores terribles de las peritonitis, y en ninguna otra circunstancia convendrá mejor aplicar el adagio vulgar *á desesperados males, desesperados remedios*, y no creo que haya cirujano que conociendo los estragos que acabo de bosquejar, y presentándosele una oportunidad para impartir sus auxilios quirúrgicos, la desprecie y omita salvar á la víctima, dejando de cumplir así con su noble mision. Los sábios de todos los tiempos han agotado sus conocimientos buscando lo más eficaz para este padecimiento, y entre ellos el modesto cirujo A. Andrade ha empleado en el departamento que es a su cargo cuantos medicamentos se consignan en las obras de medicina y Cirugía para el cáncer y cuanto su fecunda imaginacion le ha sugerido; pero nada ha bastado; todo se ha estrellado ante esa entidad morbosa que se ensaña en el bello sexo.

Los paliativos que he visto dar mejores resultados cuando ya no hay otro remedio, son el ópio y el ácido acético cristalizable; el primero en lavativas laudanizadas para calmar los dolores; el segundo en inyecciones vaginales diarias al 3 por 100 y en tapones embebidos en una solucion al $^{1}/_{6}$ cada seis ó siete dias, disminuye ó quita el flujo y agota el mal olor limpiando la superficie ulcerada, evita tambien las hemorrágias; tal es el único modo de hacer soportables los amargos dias que les restan, esperando resignadas que la muerte ponga fin á sus tormentos. ¿Debemos por esto considerarnos impotentes y vencidos? Ciertamente que nó; cuando se aprovecha la oportunidad, la Cirugía posee el recurso á que se acude para el

cáncer de cualquiera otra region: la extirpacion; pero la extirpacion completa con parte de los tejidos sanos en que nace, para no dejar semilla que pueda volver á germinar. ¿Cómo podemos practicar esto en la region tan pequeña del cuello uterino? Por medio de la *amputacion conoide de Huguier*, sin olvidar que á estos procesos es necesario exterminarlos tan pronto como se sospechan, ántes que su desarrollo sea tal que invada los órganos ó tejidos vecinos y haya metástasis que vuelvan mortal ó peligrosa cualquiera intervencion quirúrgica.

De todas las cancerosas uterinas del hospital de San Andrés, sólo en dos era incipiente la enfermedad: comunmente se presentan fuera de tiempo, cuando el mal ha invadido la vagina, la vegiga, el recto y el cuerpo del utero, ó cuando la caquexia se ha declarado, y se ve muchas veces el estado general no estar en relacion con el padecimiento local que es pequeño y circunscrito, y en donde parece elaborarse algun veneno que altera rápidamente la sangre conduciendo á las mujeres muy pronto al sepulcro; pero si en el hospital ya no es posible la operacion por la indolencia de las enfermas, ó porque han perdido el tiempo más precioso en algunos consultorios donde se han conformado con paliativos, porque les interesa más el dinero que la vida de sus semejantes; en la práctica civil se debe precisar á toda costa y hasta donde sea posible el diagnóstico de la enfermedad. A. Courty y otros, dan como síntomas incipientes del cáncer cervical de la matriz las metrorrágias y los flujos blancos de olor repugnante que llegan á ser sanguinolentos, el dolor es variable y se cree que está en razon inversa de la gravedad del padecimiento; el eminente cirujano Dr. E. Liceaga se expresó en la cátedra que dignamente desempeña, en estos términos: "*Siempre que haya datos para sospechar el cáncer incipiente del cuello uterino, y que por el tacto éste se sienta duro,*

abollado y aumentado de volúmen, puede ponerse un tallo delgado de laminaria que al dilatarse reblandece todos los tejidos, aun los cicatriciales, quedando siempre núcleos duros cuando es degeneracion maligna." Demostrada la existencia del cáncer en el cuello, resta saber si no se ha propagado al cuerpo; su poca movilidad, la diminucion de la cavidad apreciada con el histerómetro y en último caso la dilatacion del cuello para poder explorar con el dedo las paredes y su mucosa, son los medios á que se debe acudir para juzgar del estado del cuerpo del útero; los signos suministrados por el infarto ganglionar, rara vez es posible hallarlos, pero la práctica y las autopsías enseñan que siempre que el cáncer está localizado en el cuello es rarísimo el infarto de los ganglios pelvianos, ménos raro el de los lombares cuando el cuerpo padece, y frecuente en los inguinales cuando invade la vagina. En resúmen, siempre que se tenga la fortuna de asistir á una enferma con cáncer incipiente limitado al cuello de la matriz, se le debe proponer inmediatamente la amputacion como único y exclusivo remedio de salvacion del peligro que la amenaza, con la probabilidad de que curará como puede verse en la observacion que sigue:

La cama número 28 de la Sala de Cirugía de mujeres fué ocupada el dia 27 de Mayo de 1885 por Valentina Gaitan, natural de Guanajuato, de 38 años de edad y de oficio lavandera.

Esta enferma ha sido siempre sana, de menstruacion abundante, prolongada y dolorosa; tuvo un solo hijo hace seis años, de cuyo parto quedó sana; no habia padecido de la cintura hasta el dia 3 de Mayo del presente año que le vino una metrorràgia acompañada de dolores de cintura, empeine y muslos, dolores que hasta la fecha de entrada no habian calmado. El Dr. A. Andrade hizo la exploracion y encontró el cuello uterino aumentado de volúmen, duro, desigual

é indoloro á la presion; diagnosticó *cáncer incipiente* (floracion), y propuso la operacion para el dia siguiente.

El dia 28 cloroformada la enferma el citado Dr. ejecutó la *amputacion conoide de Huguier*, la pérdida de sangre fué ligera, y sacó un cono de 0,^{m}02 de alto; terminada la operacion se puso un tapon con solucion de percloruro de fierro de Pravaz sobre la herida y taponamiento vaginal con algodon fenicado, ordenándole reposo, dieta y cucharadas con ergotina; en la noche 37,05 de temperatura, ligeros dolores de vientre, y vómitos ocasionados por el cloroformo. Al dia siguiente se quitaron los tapones, y se le prescribieron inyecciones vaginales acéticas al 3 por 100 dos veces al dia, la temperatura era normal. Continuó perfectamente los dias siguientes y el 16 de Junio habia cicatrizado por completo. Se detuvo lo más que se pudo en el hospital para ver si se reproducia el mal, y durante ese tiempo se logró ver que el período catamenial se verificaba sin dificultad; el dia 28 de Setiembre de 1885 se dió de alta completamente curada. A los dos meses de su separacion del hospital tuve oportunidad de verla en la calle, y me informó que disfrutaba de una salud completa, su menstruacion era regular y sin dolor. [1]

Examinada atentamente por el Dr. Andrade la parte del cuello degenerada, se encontraron vario núcleos duros del tamaño de un guisante en el espesor de las paredes y cerca del *ocico de tenka*, el resto estaba sano: el Sr. Andrade declaró que aquello era degeneracion cancerosa característica.

Como la operacion hecha con cuidado se puede decir que es inocente, advierto que cuando no haya certidumbre de la naturaleza del padecimiento, pero que haya datos para creer en su malignidad, se puede amputar para poner á la mujer á salvo de una enfer-

1 2ª. L. de R. núm. 1269.

medad que màs tarde no tendria remedio; y cuando se tenga la conviccion de un cáncer incipiente, es necesario no perder el tiempo empleando los cáusticos químicos y el fuego, porque está demostrado que así no se hace más que dejar que tome creces, como lo demuestra la observacion siguiente:

Jesus Gómez, natural de Querétaro, de 40 años de edad, costurera, ocupó el dia 8 de Julio de 1883, la cama número 8 del citado departamento.

Se le diagnosticó *epitelioma vegetante* del cuello del útero, su constitucion robusta y floreciente convidaba á la operacion; pero el Dr. Andrade creyó exterminar el padecimiento por medio de los cáusticos químicos y el fierro rojo, y sólo consiguió destruir las vegetaciones y parte del cuello dejando una ulceracion que no pudo cicatrizar; la enferma sintiéndose aliviada, pidió su alta voluntaria el dia 11 de Setiembre. ¡Triste desengaño! por no haber quitado el padecimiento con todo y raíz por medio de la amputacion, el dia 3 de Abril de 1885 volvió y ocupó el número 4 de la misma seccion; traía destruido el cuello del útero, invadido el cuerpo y su estado general anunciaba la caquexia. El Sr. Andrade se lamentaba por haber despreciado la oportunidad que se le presentó para la amputacion; ahora ya no era tiempo, la muerte estaba decretada, y el 29 de Diciembre sucumbió la desgraciada con perforaciones del recto y la vejiga que atormentaron su mísera existencia. [1]

Por último, aun cuando la caquexia se anuncie, si se tiene la seguridad ó las mayores probabilidades de que la degeneracion no ha pasado los límites del cuello, es ventajoso quitar por la amputacion lo más que se pueda, y Velpeau, que aprueba la operacion, dice: "Es mejor ensayar q[illegible] dejar abandonada á la mujer á una muerte segura [illegible]ando quedan probabili-

1 1er. L. de R. pág. 118 núm. 980.

dades de quitar el tumor;" pues suprimiendo la parte ulcerada se corrigen las hemorragias y el flujo abundante que las agota rápidamente; logrando con esto, si no curar completamente á la enferma, por lo ménos prolongar su vida, como lo pone de manifiesto la observacion que sigue, en que despues de la operacion se mejoró el estado general de la enferma y aún podrá vivir por más tiempo, ventaja inmensa que sin la operacion no se hubiera obtenido, porque se ha observado que cuando el tinte amarillo paja aparece, lo más que duran son cinco ó seis meses, aun cuando el padecimiento esté localizado.

El dia 14 de Octubre de 1884 fué ocupada la cama número 18 por Guadalupe Mayorga, natural de Tacuba (D. F.), de 49 años de edad y de ocupacion cocinera.

Habiéndosele diagnosticado *cáncer del cuello uterino en el período ulcerativo*, fué sometida primero á los paliativos, y el dia 26 de Noviembre el Dr. Andrade resolvió quitar con la *amputacion* lo que se pudiera del cuello, ántes que fuesen invadidos los fondos vaginales, y logró extraer gran parte de la porcion supravaginal; pero quedaron algunos puntos sospechosos que fué imposible extirpar temiendo una perforacion si se adelgazaban más las paredes del cuello. El 26 de Febrero de 1885, estando casi cicatrizada la herida, y mejorado su estado general, pues el tinte amarillo paja habia desaparecido, pidió su alta voluntaria.

El dia 9 de Noviembre del mismo año vino por segunda vez y ocupó el número 6; traia la misma ulceracion que no pudo cicatrizar y dolores de cintura, su estado general no era aún desesperante; esta vez sólo se le aplicaron los paliativos mencionados anteriormente, y el dia 3 de Enero de 86 salió voluntariamente del hospital estando mejorada. [1]

1 1er. L. de R. pág. 143, núm. 1,088.

En fin, cuando el cáncer ha pasado los límites del cuello, no hay más remedio que conformarse con lo que aconseja la medicacion sintomática, o hacer la histerotomia completa; operacion peligrosísima que no he visto practicar. Una vez demostrados los casos en que está indicada la amputacion del cuello uterino, pasaré á estudiar el procedimiento operatorio.

III.

PROCEDIMIENTO OPERATORIO.

Antes de describirlo, voy á exponer los pocos datos que me fué dado reunir acerca de la historia de la amputacion del cuello uterino.

Reina alguna incertidumbre y hay algun desacuerdo entre los autores para decidir quién fué el primero que inventó y ejecutó dicha operacion, y es tanto más difícil de averiguarlo cuanto que muchos mencionan al inventor sin designar la época para saber á quién corresponde el derecho de prioridad. Tulpius, Monteggia, André de la Croix, y Lapeyronie se disputan la gloria; Baudeloque cree que Lauvariot fué quien propuso la excicion del cuello uterino en 1780. M. Colombat asegura que Lapeyronie fué el primero que lo cortó para extirpar un sarcoma. Tarral dice que Tulpüis, y Lazzarri afirma que Monteggia, aunque Velpeau no ha podido asegurarse de lo que dice éste último; la verdad es que el útero fué cortado por ignorantes charlatanes, y los autores citados lo amputaron por error, confundiendo el cuello con los pólipos. Troisberg recomendó la amputacion

en 1787 y Wirsbeg la propuso en una memoria intitulada *de Uteri resectione.*

Como quiera que sea, lo cierto es que West, Barnes, Churchill y casi la unanimidad de los autores proclaman á Osiander, profesor de la Universidad de Gœttingue, creador de dicha operacion; él fué el primero que la practicó, con el bisturí y circularmente el 5 de Mayo de 1801, en una viuda que tenia cáncer del cuello uterino, usando para sujetar el cuello hilos que pasaba ántes al través de él, y en 1802 la practicó 23 veces.

Con esta operacion sucedió lo que con todas las invenciones, que á medida que el tiempo pasa van sufriendo modificaciones hasta que llegan al último grado de perfeccion. Tan pronto como en Francia se tuvieron noticias sobre la nueva operacion de Osiander, Dupuytren la adoptó y la ejecutó ocho veces, sirviéndose de pinzas de garras para fijar el cuello y de bisturíes curvos ó tijeras, inventando en seguida un aparato especial que consistia en un anillo donde introducia el cuello y en una especie de cuchara cortante; poco despues Récamier imitó á Dupuytren, pero Lisfranc fué el que acabó de convencer á algunos cirujanos incrédulos de los pocos peligros que ofrece esta operacion, y en 1815 la amputacion del cuello uterino era comun en Francia. Lisfranc sólo perdió 2 en 97 operadas, y en 1828 hizo 36 amputaciones por cáncer, de las cuales 3 murieron, 3 se mejoraron y 30 curaron, algunas de estas últimas llegaron á tener hijos despues de operadas. Este cirujano introduce un espejo vivalvo para tomar el cuello con pinzas de Musseaux, saca el espejo y atrae lentamente el cuello hácia la vulva, y entónces lo da á sostener á un ayudante. M. Pauly ha demostrado con estadísticas lo inocente de la operacion.

Marion Sims sólo tuvo un mal éxito en 36 operaciones: operaba con tijeras, haciendo primero dos

incisiones longitudinales en los lados del cuello y cortando despues trasversalmente los dos segmentos, anterior y posterior. Jules Hatin, Colombat, Canella operan con aparatos especiales, por fin, apareciò la augusta figura de Huguier, quien verdaderamente hizo progresar la Cirujía con la modificacion con que quedó perfeccionada esta operacion. En el trabajo que presentó en 1859 sobre las hipertrofias supravaginales, con el objeto de quitar la mayor parte del cuello uterino sin herir el peritoneo, imaginó el procedimiento operatorio que inmortalizó su nombre, *Amputacion conoide de Huguier*, y que describiré más adelante.

Por cinco métodos se puede destruir el cuello del útero: los cáusticos químicos, el calor, el constrictor, la ligadura, y el bisturí ó las tijeras.

Los cáusticos químicos tienen el inconveniente de no poderse limitar su accion, y de obrar lentamente provocando una inflamacion aguda que apresura la marcha del cáncer.

De un modo general se puede decir que el calor sólo debe aplicarse, en esta region, por intervalos; si su accion se prolonga, la irradiacion sería considerable y provocaria accidentes graves, y si se aplica del primer modo se da tiempo a la enfermedad para que haga progresos. Usando el calor por medio del termo-cauterio ó del hilo gálvano-cáustico tienen además la desventaja de ser aparatos complicados, poco portátiles y que no están al alcance de todos los cirujanos; habiendo sido inventados con objetos especiales como para evitar las hemorragias, no quiere decir que cuando no las haya, deje de usarlos el que los tenga, pero no pueden considerarse como lo más ventajoso y más útil. El Sr. Andrade dice que "los verdaderos progresos en cirujía, no consisten en especializar loa métodos, ni en inventar aparatos más ó ménos nots-

bles por su complicacion, sino en volverlos sencillos y que estén al alcance de todo el mundo quirúrgico.»

El constrictor no es admitido por Huguier ni por Marion Sims, porque provoca síncopes y perturbaciones nerviosas, hace la operacion difícil, larga y dolorosa, y porque expone á herir el peritoneo y la vegiga por la traccion que ejerce sobre los tejidos en que se aplica. Efectivamente, el Sr. Andrade no lo ha vuelto á usar desde que la experiencia le demostró los peligros que trae consigo, como se lee en esta observacion.

Higinia Orozco, de 38 años de edad, cocinera, ocupó el dia 23 de Diciembre de 1881 la cama núm. 19 de Cirugía de mujeres.

Se le diagnosticó *epitelioma* del cuello uterino: el dia 28 se procedió á la amputacion con el constrictor de Chassaignac y hubo la desgracia de que se desgarrara una parte del fondo vaginal posterior, por donde hizo hernia una pequeña porcion del peritoneo que tuvo que cortarse. A pesar de este accidente, despues de los síntomas de una peritonitis que tuvo, el 5 de Enero de 1882 estaba perfectamente, y se consideraba fuera de peligro; pero el dia 10 murió rápidamente.

Hecha la inspeccion del cadáver á las 24 horas, se encontraron todos los tejidos exangües; la perforacion que se produjo en el momento de la operacion, estaba cerrada por adherencias consecutivas á una peritonitis circunscrita en aquel punto, pero habia tambien un hematocele retro-uterino considerable y tres fibromas intersticiales en el útero. La enferma murió de síncope por hemorragia interna [1]

Para que no se atribuya este incidente á ineptitud del cirujano, diré que la misma desgracia les aconteció á Langenbeck, á Biefel y á Breslaw, y Marion

1 1er. L. de R. pág. 87 núm. 612.

Sims abandonó el constrictor desde que le aconteció lo mismo; refiere que una vez tuvo que amputar el cuello uterino y quiso hacerlo con el constrictor en compañía del profesor V. Mott, enemigo acérrimo de dicho instrumento; mientras Sims operaba con todo el cuidado y esmero posibles, Mott se ocupaba en ex poner los peligros é inconvenientes del constrictor, y estaba próximo á retirarse cuando Sims le dijo que esperara un momento para que se convenciera de la utilidad del instrumento; no bien habia dicho esto, cuando se oyó un ruido extraño en la vagina y se vieron los dos fondos vaginales perforados y el peritoneo descubierto, suturaron y la enferma se salvó despues de una peritonitis.

La ligadura es de difícil aplicacion y ocasiona flebitis é inflamaciones agudas de la matriz.

En general, el hilo gálvano cáustico, el constrictor y la ligadura, poseen la desventaja de no poder obrar más que en la porcion intravaginal y por cortes circulares; por último, sucede que se presenta un caso urgente, y entónces, ó no se tienen esos aparatos, ó su aplicacion es casi imposible, teniendo que recurrir á lo más comun y sencillo, al bisturí y las tijeras, como se ve claramente en este ejemplo.

Jesus Gonzalez, natural de Irapuato, de 45 años de edad, cocinera, entró el dia 18 de Diciembre de 1884 á ocupar la cama número 23 de Cirugía de mujeres.

Casada á los 19 años, sólo tuvo un hijo, de cuyo parto quedó sana; su salud fué ligeramente alterada por el período catamenial que era abundante y doloroso. Hace 18 años que comenzó á sentir dolores de cintura intermitentes, que ahora son contínuos, se irradian á los muslos y se exacerban cuandoestá de pié. Hace cinco meses le apareció disuria é iscuria acompañadas de sensacion de peso y restiramiento en el penil y las íngles, y en Octubre del presente año

notó que le asomaba algo por la vulva y que le molestaba para todo; la menstruacion se retiró desde entónces, la miccion se hizo cada vez más difícil y el dia que se presentó en el hospital tenia tres dias sin orinar, quejándose tambien de dificultad para evacuar.

Al examinarla, llamaba la atencion la celeridad de la respiracion, la frecuencia del pulso, la agitacion é inquietud de que estaba poseida y una temperatura de 39°,5. Haciendo la inspeccion del abdómen se vió un abultamiento piriforme en la parte media del hipogastrio, llegaba hasta el ombligo y tal parecia un embarazo de cinco meses; pero examinado convenientemente se demostró que era la vegiga dilatada y repleta de orina. Para buscar la causa se procedió al exámen de los órganos genitales y se encontró un tumor que sobresalia de la vulva como $0^{m},02$ ocupando toda la capacidad de la vagina, y la abertura vulvar tan dilatada que apénas permitia introducir el dedo en su contorno; dicho tumor era rojo, aspero, escoriado y con un orificio en el centro que hizo sospechar fuese el cuello del útero; recurriendo á los medios de exploracion que se aconsejan en estos casos y á la histerometría que diò $0,^{m}$ 11; $0,^{m}$ 06 para el cuerpo y $0,^{m}$ 05 para el cuello, se declaró que aquello era una *hipertrofia total en longitud y espesor* del cuello uterino que comprimia el recto y la uretra. Se intentó la reduccion pero se provocaban dolores y fué imposible, como el caso era urgente se le dió cloroformo y se practicó el cateterismo con alguna dificultad sacando una orina muy descompuesta. En seguida el Dr. Andrade hizo la *amputacion conoide de Huguíer* $0,^{m}$ 006 abajo de la insercion vaginal sacando un cono de $0,^{m}$ 045 sin gran pérdida de sangre; despues de la operacion se hizo el taponamiento con algodon salicilado sin suturar la herida, y se recomendó dieta y reposo. Al dia siguiente al quitar los tapones sobre-

vino una hemorragia alarmante que se contuvo con un tapon con percloruro de fierro puesto sobre la herida, taponamiento vaginal y ergotina al interior; al tercer dia se quitaron los tapones sin accidente ninguno; se recomendaron inyecciones fenicadas frecuentes, estricnina al interior, lavatorios alcalinos à la vegiga y el cateterismo diario para facilitar su retraccion; á los diez dias la cicatrizacion por segunda intencion era completa.

El cuello quedó borrado, el histerómetro acusaba $0,^{m}06$, el canal cervical quedó permeable, pues se tuvo la fortuna de que la enferma menstruara estando aun en el hospital y el 9 de Febrero se dió de alta enteramente curada. [1]

Por lo dicho, se deduce que el mejor método para la amputacion del cuello uterino es por el bisturí ó las tijeras, porque son instrumentos que están á la disposicion de todos, porque por su fácil manejo es posible obrar con ellos sobre todo el cuello, no cortando más que lo indispensable, porque no hay arterias de importancia en la region, y aun cuando por el estado patològico se hayan desarrollado algunas, las hemorrágias mas alarmantes han sido fáciles de contener, y Lisfranc dice que el escurrimiento de sangre es saludable; en fin, porque con ellos se opera tan rápidamente como lo permite la destreza del cirujano.

No obstante ser el cuello uterino poco ó nada sensible al dolor, siempre es conveniente dar cloroformo para que la mujer, que de por sí es pusilánime, guarde durante la operacion, la quietud necesaria y no le horrorice la vista de la sangre y de los instrumentos; más en caso de que haya contra-indicacion, puede operarse sin el anestésico con la seguridad de que el dolor será soportable.

Para obrar sobre todo el cuello sin herir los ór-

1 1er. L. R. pág. 147 núm. 1120.

ganos vecinos, el procedimiento que he visto dar satisfactorios resultados y que á mi modo de ver es mejor, es la *amputacion conoide de Huguier.*

Consiste en sacar un cono más ó ménos alto de vértice superior, formado de casi toda la porcion intravaginal y la mayor parte de la supravaginal, quedando un embudo invertido, que lo constituye parte del espesor de las paredes de esta última porcion, y sirve para dar insercion á la vagina y proteger el peritoneo y la vegiga. Dos modos hay de operar: acercando el cuello á la vulva ó dejándolo en su lugar; la mayoría de los cirujanos siguen el primer modo. Huguier tuvo 14 éxitos en 14 operaciones y Chassaignac 6 en 6.

Manual operatorio.—Acostada la enferma en posicion supina sobre la mesa de operaciones ó una cama, se procede á la anestesia clorofórmica llenando los requisitos que se recomiendan para ella. Una vez cloroformada, se aproxima la pélvis al borde de la cama, dos ayudantes se encargan de sostener los miembros inferiores de la enferma de modo que las piernas queden dobladas sobre los muslos y éstos sobre el abdómen, cuidando de mantenerlos perfectamente separados y de abrir la vulva separando los grandes lábios con los dedos, ganchos separadores ó espejos de Sims; la region debe quedar perfectamente expuesta á la luz. El Cirujano, de pié ó sentado segun la altura á que quede la enferma, comienza por tomar el cuello con pinzas de Musseaux, atrayéndolo hácia la vulva lo más que se pueda sin ejercer violencia, y lo dá á un tercer ayudante para que lo fije en la posicion que se le indique y á la vez comprima el hipogástro; entónces se introduce un tallo delgado de goma ó metal en el canal cervical para saber cuando el bisturí llega al centro, se introduce engrasado el índice izquierdo en el recto hasta tocar la cara posterior del cuello, se suplica al que fija el cuello lo dirija hácia

arriba y adelante, y el Cirujano con la mano derecha armada de un bisturí recto, de lámina angosta y de mango más ó ménos largo en relacion con la altura del cuello, comienza por hacer una incision semi-circular á 0,^{m}01 ó 0,^{m}005 abajo de la insercion vaginal posterior, dirigiendo el filo hácia adelante para estar más seguro de no herir el peritoneo, y la punta oblicuamente hácia arriba y hácia el canal cervical hasta llegar á él; en seguida se saca el dedo del ano, se introduce la sonda en la vegiga dándosela á tener á otro ayudante, se hace dirigir el cuello hácia abajo y atrás y se practica una incision semejante en la parte anterior; de éste modo se obtiene un cono de la altura apetecida; se saca el tallo que está en el canal cervical y la sonda de la vegiga, y en caso de degeneracion maligna, se explora con el dedo la cavidad del embudo para ver si hay núcleos sospechosos que puedan quitarse sin peligro con tigeras curvas sobre el plano y de punta roma.

Terminada la excicion si se quiere obtener la cicatrizacion rápida por primera intencion, se comprime un rato la herida con una esponja seca para hacer la hemostasis, y aún cuando no sea completa, se lava perfectamente con solucion fénica al 5 por 100, ò de sublimado corrosivo al milésimo, se introduce un pedazo de sonda blanda en el canal cervical y se ponen con hilo de plata ó catgut los puntos de sutura necesarios para afrontar los lábios de la herida, terminando por el taponamiento con algodon salicilado ó fenicado. Como á veces es difícil poner las suturas, y como por otra parte, no hay inconveniente ni peligro en dejar supurar la herida demorando la cicatrizacion, lo más comun es que despues de cortado el cuello se deje cicatrizar por segunda intencion; en éste caso es muy raro que el canal se obstruya, y por consiguiente, no hay necesidad de poner la sonda que en el caso anterior tenía por objeto impedir que por las suturas se

adhirieran en toda su extension las superficies avivadas; yo no he observado ningun caso de estrechamiento del canal cervical, y G. Pajot dice que es más raro el estrechamiento adquirido que el congénito, atendiendo á que las ulceraciones diversas y las desgarraduras producidas por los partos cicatrizan sin provocar la obstruccion del canal.

Pues bien, cuando ha terminado la amputacion y no se quiere suturar, se cauteriza la superficie sangrante con alcohol fenicado (partes iguales), ó se pone un tapon sujeto á un hilo, embebido en la solucion de percloruro de fierro de Právaz, ó de cualquiera otro hemostático y se termina por el taponamiento vaginal; con esto basta para contener hemorrágias de alguna consideracion, se recomienda el reposo, dieta y á veces ergotina; al tercer dia se quitan los tapones, se lava la herida con líquidos desinfectantes y se repite el taponamiento si se juzga conveniente; si nó, se prescriben á la enferma hasta la completa cicatrizacion, inyecciones frecuentes fenicadas, con bicloruro de mercurio al milésimo, ó sulfato de cobre en la misma proporcion. Si sobrevienen dolores, se calmarán con lavativas laudanizadas y si aparece alguna complicacion, se obrará conforme al caso. Cuando el calibre de las arterias que sangran sea de alguna importancia, se ligan ó se hace lo que Huguier: atravesarlas con todos los tejidos que la rodean, por medio de alfileres y despues se pone la ligadura atrás; Huguier recomienda tambien como medio preventivo, fricciones con aceite de cróton en los muslos y los flancos para evitar las inflamaciones; ésto lo hace la víspera de la operacion, prolongándolo á veces quince ó veinte dias despues de ella.

Por último, debo hacer notar que cuando la vulva ó la vagina estén estrechas, es mejor ampliar del modo que se pueda, el campo operatorio, que expo-

nerse á un accidente operando á ciegas, como se ve en esta observacion.

Tiburcia Gonzalez, natural de Cuernavaca, de 39 años de edad y de oficio lavandera, fué de constitucion robusta y tuvo un hijo à la edad de 14 años; hace algun tiempo que viene padeciendo de todo el cortejo de síntomas que ocasiona el cáncer del útero; pero de un mes á esta fecha ha sido presa de frecuentes y abundantes metrorrágias que la obligaron á venir al hospital el dia 11 de Setiembre de 1885, y ocupó el número 22 de Cirugía de mujeres. Se le diagnosticó *cáncer vegetante muy vascular* del cuello uterino; contenidas las hemorragias y mejorada de la anemia, se procedió á la amputacion el dia 23 de Octubre, más como la vulva y la vagina eran muy estrechas, se hizo la operacion guiandose con el índice izquierdo y sin poner á descubierto el cuello: fué larga, muy laboriosa y la pérdida de sangre considerable.

Murió de peritonitis crónica generalizada y de un absceso en uno de los ligamentos anchos. En la autposia hecha á las veinticuatro horas, se encontraron adherencias peritoneales é intestinales en toda la cavidad abdominal, el foco del absceso que se puncionó en vida, y los fondos vaginales tan delgados que estaban próximos á romperse.

Es todo lo que puedo decir sobre la cuestion, y voy á terminar con las conclusiones que me parece se desprenden de este imperfecto estudio.

IV.

CONCLUSIONES

I. Las enfermedades uterinas son muy frecuentes y más de las tres cuartas partes tienen su sitio en el cuello.

II. Los padecimientos del cuello del útero observados en la seccion de Cirujía de mujeres del hospital de San Andres, por órden decreciente, son: 1°. El cáncer en sus diversas formas. 2°. Las diferentes variedades de metritis. 3° Las hipertrofias simples. 4°. Las hipertrofias consecutivas al prolapsus. 5°. El prolapsus simple. 6°. Las fibromas ó pólipos.

III. En la mujer, el cáncer del cuello del útero es tres veces superior al de las demás regiones juntas.

IV. De todos los padecimientos del cuello uterino, el cáncer, las hipertrofias simples y las consecutivas al prolapsus, son los únicos que reclaman la amputacion, en estos últimos como operacion previa y á veces curativa; en los dos primeros como único medio de curacion radical.

V. Cuando se trata de neoplasias malignas, es necesario aprovechar el primer período, ó que no hayan pasado los límites del cuello.

VI. La edad en que con más frecuencia se presenta el cáncer del cuello uterino, es de 30 á 40 años.

VII. El mejor método para la amputacion es por el bisturí, salvo que haya indicaciones especiales.

VIII. El mejor procedimiento es el de la *amputacion conoide de Huguier*, con ó sin sutura, habiendo más temor de que se obstruya el canal cervical en el primero que en el segundo caso.

IX. La operacion, ejecutada con cuidado, es inocente y no hay temor de hemorragia; los casos desgraciados son debidos á algun incidente imprevisto ó á dificultades para la operacion.

X. De las ocho operadas por el procedimiento de Huguier, como se ve en las observaciones que presento, sólo se tuvo un caso desgraciado, debido no á la operacion, sino à la circunstancia especial que presentaba la enferma.

XI. Por último, la gravedad de la operacion y sus consecuencias son insignificantes, si se atiende á la gran frecuencia y á la incurabilidad de las funestas enfermedades que la requieren.

México, Febrero 12 de 1886.

Federico C. Alvarez.

V. Cuando se trata de neoplasias malignas, es necesario aprovechar el primer período, ó que no haya pasado los límites del cuello.

VI. La edad en que con más frecuencia se presenta el cáncer del cuello uterino, es de 40 á 50 años.

VII. El mejor método para la amputación es por el bisturí, salvo que haya indicaciones especiales.

VIII. El mejor procedimiento es el de la amputación cónica de *Hegar*, con ó sin sutura, habiendo más temor de que se obstruya el canal cervical en el primero que en el segundo caso.

IX. La operación, ejecutada con cuidado, es inocente y no hay temor de hemorragia. Los casos desgraciados son debidos á algún incidente imprevisto ó á malas condiciones para la operación.

X. De las ocho operadas por el procedimiento de Hegar, como se ve en las observaciones que preceden, sólo se tuvo un caso desgraciado, debido no á la operación, sino á la existencia [illegible] que presentaba la enferma.

XI. Hasta ahora, la gravedad de la operación [illegible] son desconocidas, [illegible] y á [illegible] que la [illegible].

México, Febrero [illegible] de 188[illegible].

FEDERICO L. A[illegible].